

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ И ПРИЗНАКИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Лялькова В.П., Валужина Л.А., Тихинькая Е.В., Пчельников Ю.В

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебская областная детская клиническая больница»

Введение. Синдром вегетативных дисфункций (СВД) у детей – полиэтиологичен, проявляется нарушением равновесия в регуляции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) внутренних органов, сосудов и обменных процессов ребенка, вследствие возникших отклонений в структуре и функции надсегментарного и сегментарного отделов ВНС [1,2,3]. В физиологических условиях усиление одного отдела ВНС приводит к компенсаторному увеличению другого [1,2,3]. Однако современные экологические, социально-экономические, медико-биологические и средовые

условия предъявляют нередко завышенные требования к растущему организму ребёнка, вызывая перенапряжение адаптационных механизмов ВНС. В условиях перенапряжения усиление одного отдела ВНС не приводит к соответствующему увеличению другого, что клинически проявляется СВД. СВД детского возраста предшествует развитию многих, преимущественно полигенно наследуемых заболеваний или болезней с семейной предрасположенностью, которые составляют примерно 90 – 95% всей хронической патологии взрослого населения [1]. Учитывая роль наследственных и врождённых факторов в этиологии СВД, приводящих к структурным и функциональным изменениям в надсегментарных и сегментарных отделах ВНС, возможно предположить, проявление признаков дисплазии соединительной ткани (ДСТ). Тем более, что количество больных СВД постоянно увеличивается, занимая второе место по частоте после ОРЗ, также, как проявления ДСТ.

Цель. Выявить факторы риска развития СВД и признаки ДСТ.

Материалы и методы. Исследование включало: опрос по стандартной анкете, общий осмотр с выявлением фенотипических признаков ДСТ, анализ крови (в том числе биохимический) и мочи, ЭКГ, эхокардиографию с доплером, кардиоинтервалографию (КИГ), реоэнцефалографию, реовазографию, при необходимости холтеровское мониторирование АД и сердечного ритма, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы и консультацию специалистов.

Под нашим наблюдением находилось 669 человек в возрасте от 7 до 15 лет с СВД. Девочек было 390 (58,5%), мальчиков – 279 (41,5%). Из них – СВД с артериальной гипертензией 238 (35,6%) больных, нарушением ритма – 118 (17,8), артериальной гипотензией – 65 (9,7%), термоневрозом – 65 (9,7%), ангиотрофоневрозом (синдром Рейно) – 70 (10,4%), цефалгическим синдромом – 58 (8,7%), смешанными формами – 50 (7,4%) человек. У 5 больных (0,7%) наблюдались пароксизмальные вегетативные кризы (симптоадреналовые – 3, вагоинсулярные – 2).

Результаты и обсуждение. Семейный анамнез удалось выяснить у 456 больных. У родственников 373 (81,9%) человек, особенно по материнской линии, были выявлены такие болезни, как гипертоническая и ишемическая, болезни суставов, атеросклероз с различными проявлениями, язвенная болезнь, гастрит, колит, холецистит, почечная и эндокринная патология, варикозное расширение вен.

В анамнезе 292 (64,1%) больных из 456 отмечались отягощенный акушерский анамнез, неблагоприятное течение беременности и родов (предшествующие выкидыши, рождение недоношенных детей, внутриутробные инфекции, токсикозы, асфиксии, стремительные роды, кесарево сечение).

Из 669 человек 408 (60,9%) росли в условиях хронического умственного и физического перенапряжения, занимаясь, кроме общеобразовательной школы в специализированных, а также в нескольких кружках или в спортивных секциях, проводя у компьютера и телевизора ежедневно более 2,5 – 3 часов. Конфликтные ситуации в семье и школе были выявлены у 240 (36%) больных, усиливая их психоэмоциональное напряжение.

ОРЗ многократно болели все обследованные дети. Инфекционные заболевания (ветряная оспа, краснуха, паротит, инфекционный мононуклеоз, сальмонеллёз) перенесли 100 (14,9%) человек. Очаги инфекции (кариес зубов, тонзиллит, гайморит) были обнаружены у 415 (62,1%) больных.

Возрастным пиком проявления СВД среди обследованных детей был возраст от 10 до 15 лет (пре- и пубертатный период), на который приходилось до 522 (78,1%) больных. Курение было выявлено у 159 (23,8%) больных, приём пива и алкоголя - у 128 (19,2%), гипокинезия - у 98 (14,7%), ожирение - 78 (11,7%).

Независимо от клинической картины СВД у каждого больного в разных сочетаниях встречались от 5 до 10 внешних признаков ДСТ. Наиболее часто - высокое или «готическое» нёбо (86,4%), чрезмерное развитие нижней челюсти или её гипоплазия (76,5%), гипертелоризм или гипотелоризм (56,4%), долихоцефалия, выраженные лобные или затылочные бугры (52,3%), короткая или длинная шея (51,3%), асимметрия и деформация формы ушных раковин (42,4%), изменения позвоночного столба чаще в виде грудного кифоза, реже сколиоза (30,2%), воронкообразная деформация грудной клетки (глубина воронки грудины до 2 см) с развёрнутыми реберными краями (30,1%), искривление носовой перегородки (30,1%), арахнодактилия или брахидактилия (29,4%), симптом трезубца (2,3,4 пальцы стопы имеют одинаковую длину) или симптом двузубца (2,3 или 3,4 пальцы стопы имеют одинаковую длину) у 27,5% больных, плоскостопие (25%), повышенную подвижность в суставах, нередко в сочетании с артралгией у 25,1% наблюдаемых детей.

Дополнительные исследования выявили многию у 207(30,9%) больных СВД, а УЗИ сердца с доплером обнаружило малые сердечные аномалии у 491(73,4%) человека, преимущественно в виде аномальных хорд (30,1%) в левом желудочке и пролапса митрального клапана (31%) или их сочетания (10,2%). Другие проявления ДСТ сердца как двустворчатый аортальный клапан, дисплазия митрального и трикуспидального клапанов встречались у 14 больных (2,1%) УЗИ органов брюшной полости и ФГДС выявили признаки ДСТ и их последствия у 208(31,2%) детей: незрозивную гастроэзофагорефлюксную болезнь, функциональную желудочную диспепсию, дуоденогастральный рефлюкс, функциональную дискинезию желчевыводящих путей, деформацию желчного пузыря, скользящую грыжу пищеводного отверстия, пищевод Баррета (у 4 больных), дистонию почек.

Выводы. Таким образом, выявление наследственных и врожденных факторов риска развития СВД в анамнезе ребёнка с 5-ю и более фенотипическими признаками ДСТ уже в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте требует создание системы медицинского наблюдения, общественного и семейного воспитания, исключающей воздействие дополнительных факторов риска (умственного, физического, психоэмоционального перенапряжения: гипокинезии, нерационального питания, употребления алкогольных напитков и т.д.). способствующих реализации СВД в пре- и пубертатном возрасте. Что будет профилактикой большинства хронических заболеваний взрослого населения.

Литература

1. Белоконь, Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей в двух томах / Н.А. Белоконь, М.Б. Кубергер - М., 1987. - Т.1. - С. 303 - 338.

2. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн - М., 1998 - С. 758.

3. Ледяев, М.Я. Синдром вегетативных дисфункций у детей: мифы и реальность / М.Я. Ледяев, О.В. Степанова, Н.В. Шахова // Лечащий доктор - 2009. - №1 - С. 27-29